

discrasias plasmocitárias e linfoma linfoplasmocítico. As mutações MYD88 e CXCR4 foram negativas. A paciente foi submetida a neurocirurgia (retirada de vértebra L3 e inserção de prótese nesta localização) posteriormente encaminhada à radioterapia e segue em acompanhamento ambulatorial pela hematologia. **Discussão:** Tipo de Linfoma não-Hodgkin de células B raro, caracterizado pela presença de pequenos linfócitos B, linfócitos plasmocitóides e células plasmáticas com paraproteínas IgG ou IgA. Geralmente envolve a medula óssea, podendo acometer baço e linfonodos. Anemia, Hiper- viscosidade, fenômenos autoimunes e sintomas B também podem ser observados. Apresenta maiores taxas de envolvimento extramedular, pior sobrevida global e maior mortalidade em comparação com a macroglobulinemia de Waldenström (MW). O principal diagnóstico diferencial é o mieloma múltiplo (nesse caso de subtipo IgG). A translocação (11,14) possui importante papel em tal diagnóstico diferencial. A mutação MYD88 L265P pode estar presente, embora em uma taxa menor do que na MW clássica e seu status não se correlaciona com manifestações clínicas específicas. **Conclusão:** O linfoma linfoplasmocítico não IgM é uma doença rara em que diagnóstico precoce e tratamento adequado são imprescindíveis para evitar graves complicações.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.169>

RELATO DE CASO: LINFOMA NÃO-HODGKIN DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B DE COLO UTERINO



JV Costardi, JR Corrêa, RNS Antunes,
J Domingues

Santa Casa de Misericórdia de Marília, Marília, SP,
Brasil

Introdução: Os Linfomas correspondem a 3,5% das neoplasias malignas em mulheres e os sítios extranodais correspondem cerca de 25% de todos os Linfomas diagnosticados. Destes, os que acometem o sistema reprodutor feminino correspondem a 1%, principalmente localizado em Útero e Ovário, o que torna o Linfoma de Colo Uterino ainda mais raro. O diagnóstico é dificultado por sintomas ginecológicos habituais e falta de especificidade em achados de exames citológicos, o que pode ainda mais subestimar dados em relação a esta rara ocorrência. **Objetivos:** O presente caso tem por objetivo relatar um sítio incomum de acometimento pelo Linfoma Difuso de Grandes Células B. **Relato de caso:** Paciente feminino, 22 anos, nulípara, apresentando dispareunia, e metrorragia. Exame ginecológico apresentando tumoração em colo. Optado por Biópsia de lesão, com diagnóstico imuno-histoquímico de Linfoma Difuso de Grandes Células B (LDGCB). PET-CT com hiper captação linfonodos cervicais e inguinais, de aspecto reacional. Biópsia de Medula Óssea sem infiltração por células tumorais. Sorologia positiva para Sífilis. Iniciado tratamento primário com Penicilina e posteriormente iniciado quimioterapia exclusiva com protocolo R-CHOP por 6 ciclos. PET e Ressonância pós tratamento sem sinais de atividade tumoral. 01 ano após tratamento, evolui em exame ginecológico de rotina com nova lesão em colo, com PET sem alterações, e

anátomo-patológico com Cervicite Crônica com metaplasia escamosa, e HPV com Condiloma, tratado. Paciente segue em acompanhamento anual com Ressonância Magnética Pélvica e exame ginecológico, sem recidiva. **Discussão:** Em cerca de 25% dos casos, o Linfoma Não-Hodgkin pode ter apresentação extranodal. O sítio mais comumente envolvido é o Trato Gastrointestinal (30-40%). O Trato Geniturinário feminino corresponde a cerca de 1% dos sítios extranodais, sendo o ovário (49-59%), útero (27-29%) e as tubas uterinas (11%) os locais mais acometidos, fazendo os Linfomas De Colo Uterino ainda mais raros. A etiologia e a patogênese ainda não estão totalmente elucidados, porém tem sido relacionado a terapias imunossupressoras, infecção pelo HIV e HPV, e outras doenças sexualmente transmissíveis, como a Sífilis relatada no caso. Ocorrem em média na quinta década de vida, mas há relatos de casos aos 20 e aos 80 anos. O sintoma clínico mais comum é o sangramento vaginal anormal, podendo ocorrer outras queixas ginecológicas como dispareunia, dor pélvica ou leucorréia. Sintomas B são raros. O diagnóstico é dificultado pela falta de achados específicos ao exame citológico e muitos sendo normais, porém em até 44% das pacientes algum achado anormal. Definitivamente, o diagnóstico vem através da biópsia da lesão no Colo com análise Imuno-Histoquímica, porém os métodos de imagem auxiliam no processo investigativo. De forma geral, principalmente US e RM, frequentemente exibem um padrão com aspecto em “barril”. Eventualmente podem se apresentar como lesão polipoide e massa sólida. Necroses e ulcerações são incomuns. A RNM é o método de escolha, e o PET pode auxiliar na análise, apesar de não haver alterações em alguns casos. O estadiamento se dá através da Classificação de Ann-Arbor para Linfomas extranodais. Como se trata de uma doença rara com poucos casos ainda descritos, não existe um consenso preciso sobre a terapia a ser abordada, porém o tratamento quimioterápico com esquema CHOP ainda leva a respostas completas em até 70% dos pacientes. Cirurgia e Radioterapia local como terapias adjuvantes são reservadas para casos de biópsia e grandes massas. **Conclusão:** Com este relato contrastado aos dados existentes na literatura, conclui-se que apesar da raridade desta doença, ela deve ser considerada em pacientes com queixas ginecológicas comuns porém persistentes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.170>

RELATO DE CASO: SÍNDROME DE BING–NEEL

ET Calvache^a, TL Secchi^a, MC Augustin^a,
ADT Calvache^b, DH Catelli^a



^a Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil

^b Fundación Valle del Lili (FVL), Cali, Colômbia

Descrição: Paciente masculino, 76 anos com Macroglobulinemia de Waldenström (MW), alto risco. TCTH autólogo com remissão durante 13 anos. Recaída e progressão da doença em vigência de três linhas de quimioterapia, apresentou-se na emergência devido a alteração na linguagem, confusão mental e dificuldade na locomoção com evolução de 3 dias e crises convulsivas recorrentes com início no mês anterior.